

知多郡医師会における痴呆患者の現状調査に資するためのアンケート調査
(平成 16 年度 厚生労働省科学研究費痴呆・骨折臨床研究事業)

平成 17 年 3 月

1. アンケートの目的

今回、国立長寿医療センターと地域の関連施設および知多郡医師会が中心となり、痴呆疾患に対する医療と福祉の役割分担や連携に関する地域モデルを構築し検証する研究を行うことになりました。

このアンケートはその一環として知多郡医師会の会員の先生方を対象に

- 1) 現在どのくらいの痴呆患者を診療しておられるか。
- 2) 痴呆患者の診療において困難を感じる点はなにか、
- 3) 医療のネットワークを形成するうえでどのような点が欠けているか、なにを望むかについてお伺いしたいと存じます。

2. 調査の実施主体

本調査は、厚生労働省科学研究費を受け、痴呆・骨折臨床研究事業のひとつとして主任研究者 鷲見幸彦（国立長寿医療センター）が、知多郡医師会（会長 山本 楯）の協力を得て行うものです。

3. 検査の内容, 方法について

現在の状態についてアンケートによって調査します。

4. 調査対象

知多郡医師会会員のかたを対象に本調査を行います。従って、開業医・勤務医の区別を問いません。なお、ここでいうところの「痴呆専門医」とは、痴呆性疾患の診療を専門としている精神科、神経内科、脳外科、老年科等の医師をさすこととします。

5. 研究及び検査結果の守秘について

この情報は匿名化され、返答された方、患者様が特定できない形で国立長寿医療センターに保管されます。情報は今回の研究の主任研究者である国立長寿医療センター鷲見幸彦により鍵管理され、第三者が閲覧することができない形で保管されます。

6. アンケートご記入に関してのお願い

1. ご記入いただいた内容は、本調査の目的以外に使用することはありません。また、全て統計的に処理し、個別の情報として取り扱うことはありませんので、率直かつ正確にご記入ください。
2. この調査票は、先生ご本人にご記入をお願いします。
3. 調査票は平成17年3月現在で記入してください。
4. 回答にあたっては、選択肢の番号や記号に○印をつけて下さい。
5. 青または黒のペンまたはボールペンで記入してください。
6. 調査票は、同封の返信用封筒を使用して『平成17年4月10日』までにご返送ください。
7. ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

〈問合せ先〉

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3
国立長寿医療センター 外来診療部
鷺見幸彦
0562-46-2311

皆様、お忙しいこととは思いますが、是非ともご回答いただき、期限までにご返送いただきますよう、心からお願い申し上げます。

【アンケート記入に際してのお願い】を良くお読みいただいてから下記にお答えください。

主たる診療科 内科 神経内科 外科 脳外科 整形外科 精神科
その他()

診療形態等 無床診療所 有床診療所 病院

併設施設等 介護療養型医療施設 介護老人保健施設 介護老人福祉施設
痴呆対応型共同生活介護 訪問看護ステーション 通所リハビリ
その他()

1. 在宅痴呆性高齢者の診療の経験はありますか？(通院のみの場合を含む)
(a)はい (b)いいえ

「はい」と答えた方⇒2 以下の設問に順にお答えください。

「いいえ」と答えた方で無床診療所の医師⇒ここで設問は終了です。
同封の返信用封筒にこの用紙を入れて、ご返送ください。

「いいえ」と答えた方で病院及び有床診療所の医師⇒23 以下の設問にお答えください。

2. 在宅の痴呆性高齢者に対して、どういう立場で関わっていますか？(一つを選択)
(a)かかりつけ医 (b)痴呆専門医 (c)どちらの関わりもある
(d)その他()
3. 在宅で痴呆性高齢者を診療するときの形態は次のうちのどれですか？(一つを選択)
(a)訪問診療・往診 (b)訪問診療・往診＋通院 (c)ほとんど通院
4. 通所系サービスや GH(痴呆性老人グループホーム)等の管理医師をしていますか？
はい 　　いいえ

5. あなた個人が在宅でみている痴呆性高齢者(痴呆性老人の日常生活自立度Ⅱ～Ⅳ、M)は何人いますか？
 (a)0人 (b)1～5人 (c)6～10人 (d)11～20人 (e)21～30人
 (f)31～50人 (g)51～100人 (h)101人以上
6. 在宅の痴呆性高齢者の医学的管理(処置)で行っているものすべてに、以下の基準でカッコ内に印をつけて下さい。
 現在(月 日)実行しているものに○、過去1年以内に行ったことのあるものに△をつけて下さい。
 ()a 点滴の管理()b 中心静脈栄養()c 透析()d ストーマの管理
 ()e 在宅酸素療法()f レスピレーター管理()g 気管切開の処置
 ()h 癌の疼痛管理()i 経管栄養()j 胃ろう管理()k 褥創の処置
 ()l 膀胱カテーテルの管理()m 喀痰吸引
 ()n その他()
7. 痴呆患者の診断を自分の施設で行っていますか。
 (a)積極的にやっている(b)診断困難な例のみ専門の施設に紹介
 (c)全く行わず診断は専門の施設に依頼
8. どのようなことから患者が痴呆であると気がつきましたか。
9. 在宅痴呆性高齢者の精神症状や行動障害に対する治療の経験はありますか？
 (a)多い(b)どちらかといえば多い(c)どちらかといえば少ない(d)少ない
10. あなたは現状の在宅痴呆性高齢者の医療支援体制についてどう思いますか？
 (上位三つを選んでください)
 (a)痴呆専門医が不足(b)痴呆専門医が地域に出ていない(c)痴呆を診られるかかりつけ医が少ない(d)身体合併症の治療体制が整っていない(e)病診および診診連携が出来ていない(f)訪問看護の利用が不十分(g)介護サービスとの連携が出来ていない(h)その他()

11. 在宅痴呆性高齢者の精神症状や行動障害に対して、家族、介護支援専門員、看護や介護スタッフからの相談はありますか？
(a)多い(b)どちらかといえば多い(c)どちらかといえば少ない
(d)少ない(e)ない
12. 在宅痴呆性高齢者を対象としたサービス担当者会議への参加はしていますか？
(a)多い(b)どちらかといえば多い(c)どちらかといえば少ない
(d)少ない(e)ない
13. 在宅痴呆性高齢者に対する医療支援として、以下のサービスを活用していますか？
(上位三つを選んでください)
(a)訪問看護ステーション(b)通所リハビリ(c)短期入所療養介護
(d)訪問介護(e)通所介護(f)短期入所生活介護(g)グループホーム
(g)他の医師との連携(h)その他()
- 13-1.上で選んだサービスに関して、利用上の課題・改善点についてご意見があったらお書きください。(例えば、平成15年4月より、通所リハビリの施設基準として、看護師の配置が必須でなくなったことや特養ショートステイ利用時に、施設看護師による注射等がしてもらえないこと等)
- 13-2.医療支援を含む在宅痴呆性高齢者に対する地域ケアシステムについて、ご提案があればお書きください。
14. グループホームや宅老所に住む患者さんに対し、往診や定期的な訪問診療をしたことがありますか？
(a)臨時の往診(b)定期的な訪問診療(c)どちらもある(d)どちらもない

15. 在宅痴呆性高齢者で、身体合併症のために入院加療が必要な場合でも、家族が拒否することはありましたか？

家族が拒否したことがある 家族が拒否したことはない このような経験がない

15-1「ある」と答えた方にお聞きしますが、家族の拒否により痴呆性高齢者の死期が早まったと思われる例はありましたか？

ある ない

16. 在宅痴呆性高齢者の身体合併症で入院治療が必要となった時に、入院治療の場として、ふさわしいのはどのようなところだと思いますか？

(手術なども考慮して、ひとつ選んでください)

(a)総合病院の精神科(一般科の医師が訪問)

(b)総合病院の一般科(痴呆専門医が訪問)

(c)痴呆性高齢者の精神症状や行動障害にも対応可能で、合併身体疾患にも対応しうる独立したユニット

(d)その他()

17. 在宅痴呆性高齢者で、身体合併症の入院治療が必要な場合、病院等のベッドに代わるサービス拠点としてどのようなものが考えられますか？

18. 施設入所や入院後患者さんはかかりつけ医にもどってきていますか。

施設入所後では

(a)大部分はもどってきている(b)もどってきているが大部分はもどってこない

(c)まったくもどってこない

入院後では

(a)大部分はもどってきている(b)もどってきているが大部分はもどってこない

(c)まったくもどってこない

19. 在宅痴呆性高齢者が身体疾患を合併したり、精神症状の増悪をみた例の診療において、今後の医療サポート体制を考える上で参考となる事例がありましたら、最終ページにご記入ください。また、本調査の目的に関連してご意見・ご提案等がございましたら、やはり最終ページにご記入ください。

設問 2 で「(a) かかりつけ医」の立場を選択した医師にお聞きします。

20. あなたの周りに気軽に相談できる痴呆専門医はいますか？

(a) いる (b) いない (c) わからない

20-1 「いる」と答えた方は、どんな時に痴呆専門医に相談・紹介しますか？

(もっとも多いものをひとつ選んでください)

(a) 精神症状や行動障害で家族やまわりの人が困ったとき

(b) 鑑別診断のために

(c) 家族やまわりの人が希望するとき

(d) その他

21. かかりつけ医が在宅痴呆性高齢者に関わろうとするとき、最も求められることは
つぎのうちのどれですか？(どれかひとつを選択)

(a) 痴呆性疾患や精神症状・行動障害に対する薬物治療等に関する学習

(b) 痴呆専門医との連携

(c) 在宅サービスを提供する他職種との連携

(d) 手間と時間がかかる痴呆性高齢者の診療に対しての診療報酬上の対応

(e) その他()

22. 在宅痴呆性高齢者に対するかかりつけ医の役割としてあなたが考えていることを
お書きください。

病院や有床診療所の医師にお聞きします

(かかりつけ医の立場で回答した方も病院や有床診療所の医師であれば、続けてお答えください。)

23. 在宅の痴呆性高齢者が身体合併症の治療のために入院が必要となった時、入院を受け容れていますか？(一つを選択)

- (a)積極的に受け容れている
- (b)あまり積極的ではないが受け容れている
- (c)消極的でなるべく受け容れない
- (d)受け容れていない

23-1(a)と答えた方にお聞きしますが、積極的な受け容れに備え、職員に介護方法や対応に関する指導や教育をしていますか？

- (a)している
- (b)していない
- (c)意識的にはしていない

23-2(b)～(d)と答えた方にお聞きしますが、積極的に受け容れていない理由は何ですか？(もっとも考えられるもの一つを選択)

- (a)本人とコミュニケーションがとれない
- (b)俳個や興奮で周囲の患者さんに迷惑がかかる
- (c)家人が治療に協力的でない
- (d)病棟スタッフが治療に協力的でない
- (d)その他()

24. 入院してきた患者さんに、必要とされている検査や治療を行うことができない時どうしますか？(もっとも考えられるもの一つを選択)

- (a)すぐに退院してもらう
- (b)院内で対応を検討する
- (c)在宅でのかかりつけ医と相談をする
- (d)その他()

25. 入院をしてきた患者さんに徘徊や興奮がみられ、周囲の患者さんに迷惑がかかる時など、どう対応しますか？(もっとも考えられるもの一つを選択)
- (a) すぐに退院してもらう
 - (b) 院内で対応を検討する
 - (c) 在宅でのかかりつけ医と相談をする
 - (d) その他()

26. 痴呆性高齢者の入院に際しての課題と対応がありましたら、お書きください。

調査はここで終わりです。アンケートにお答えいただきありがとうございました。
19の質問に対する回答もこちらにお書きください。

福祉施設入所中の痴呆患者の現状調査に資するためのアンケート調査
(平成16年度 厚生労働省科学研究費痴呆・骨折臨床研究事業)

平成17年3月

1. アンケートの目的

今回痴呆疾患に対する、医療と福祉の役割分担や連携に関する地域モデルを構築し検証することを目的とした研究を、国立長寿医療センターと地域の関連施設および知多郡医師会が中心となって行うことになりました。

痴呆疾患に対する医療と福祉の役割分担と連携について研究するために

1. 大府・東浦地域に何人くらいの痴呆疾患が存在するのか調査し、可能なかぎりその重症度や問題行動の有無について調査します。
2. 具体的にはどのような医療施設や福祉施設（介護老人福祉施設（特養）・介護老人保健施設（老健）・介護療養型医療施設など）で療養・生活しているかを調べます。
3. 在宅生活を送る痴呆患者さん（自宅のみならず痴呆対応型共同生活介護（グループホーム）・特定施設・いわゆる宅老所等を含めた広義の在宅にいる痴呆患者）がどのくらいおられるのか調査します。
4. 適切な痴呆診療・介護を進めていくためには、地域の中でどのように施設間相互に連携と交流をしていくのがよいのか調べます。

今回のアンケートはその一環として大府、東浦地区福祉施設を対象に

- 1) 現在どのくらいの痴呆患者が入所しておられるか。
- 2) 痴呆患者の診療において困難を感じる点はなにか、
- 3) 医療のネットワークを形成するうえでどのような点が欠けているか、なにを望むかについてお伺いしたいと存じます。

2. 調査の実施主体

本調査は、厚生労働省科学研究費を受け、痴呆・骨折臨床研究事業のひとつとして主任研究者 鷲見幸彦（国立長寿医療センター）が、知多郡医師会の協力を得て行うものです。

3. 検査の内容, 方法について

現在の状態についてアンケートによって調査します。

4. 調査対象

知多郡医師会地域の福祉施設（介護老人福祉施設（特養）・介護老人保健施設（老健）・介護療養型医療施設

5. 研究及び検査結果の守秘について

この情報は匿名化され、患者さんが特定できない形で国立長寿医療センターに保管されます。情報は今回の研究の主任研究者である国立長寿医療センター鷺見幸彦により鍵管理され、第三者が閲覧することができない形で保管されます。

6. アンケートご記入に関してのお願い

1. ご記入いただいた内容は、本調査の目的以外に使用することはありません。また、全て統計的に処理し、個別の情報として取り扱うことはありませんので、率直かつ正確にご記入ください。
2. この調査票は、先生ご本人にご記入をお願いします。
3. 調査票は平成17年 3月 現在で記入してください。
4. 回答にあたっては、選択肢の番号や記号に○印をつけて下さい。
5. 青または黒のペンまたはボールペンで記入してください。
6. 調査票は、同封の返信用封筒を使用して『平成17年 4月 10日』までにご返送ください。
7. ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

〈問合せ先〉

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3
国立長寿医療センター 外来診療部
鷺見幸彦
0562-46-2311

皆様、お忙しいこととは思いますが、是非ともご回答いただき、期限までにご返送いただきますよう、心からお願い申し上げます。

【アンケート記入に際してのお願い】を良くお読みいただいてから下記にお答えください。

施設 介護療養型医療施設 介護老人保健施設 介護老人福祉施設

1. 現在入所中の痴呆患者さんについてお答えください。

痴呆性老人の日常生活自立度Ⅱ～Ⅳ、Mはそれぞれ何人いますか？

痴呆性老人の日常生活自立度Ⅱ	_____人
痴呆性老人の日常生活自立度Ⅲ	_____人
痴呆性老人の日常生活自立度Ⅳ	_____人
痴呆性老人の日常生活自立度M	_____人
計	_____人

2. このうち痴呆の病型診断がついている患者さんは何%くらいですか

_____%

3. これらの患者さんはどのような経路で入所されたでしょうか

自宅から	_____人
親族などの家から	_____人
グループホームから	_____人
有料老人ホームから	_____人
介護老人保健施設から	_____人
介護老人福祉施設から	_____人
療養型病床から	_____人
一般病院から	_____人
痴呆疾患治療病棟を有する病院から	_____人
ショートステイ専用施設から	_____人

4. 入所した理由としてはどのようなものがあげられますか。次のページの口の中からお選びください。(複数回答可)

- 自宅から入所の理由 _____
親族などの家から入所の理由 _____
グループホームから入所の理由 _____
有料老人ホームから入所の理由 _____
介護老人保健施設から入所の理由 _____
介護老人福祉施設から入所の理由 _____
療養型病床から入所の理由 _____
一般病院から入所の理由 _____

- a. 痴呆が重度で 24 時間介護が必要になった。
b. 介護する時間が十分にとれなくなった(仕事, 育児などの理由で)。
c. 住居環境が介護する上で好ましくない(段差がある, 家が狭いなど)。
d. 介護者が転居した。
e. 介護者が入院, または死亡した。
f. 介護者との人間関係が悪化した。
g. 本人が希望した。
h. 本人の知り合いの人が入所している。
i. 入所することで痴呆の改善が見込めると思った。
j. 入所することで家族の安心感が得られる。
k. 痴呆以外の病気(肺炎, 骨折など)を発症した。
l. 経済的負担が少なくなる。
m. 疾患が治癒あるいは安定した。
n. その他()

5. 入所中の痴呆性高齢者の医学的管理(処置)で行っているものすべてに、以下の基準でカッコ内に印をつけて下さい。

現在(月 日)実行しているものに○、過去 1 年以内に行ったことのあるものに△をつけて下さい。

- () a 点滴の管理 () b 中心静脈栄養 () c 透析 () d ストーマの管理
() e 在宅酸素療法 () f レスピレーター管理 () g 気管切開の処置
() h 癌の疼痛管理 () i 経管栄養 () j 胃ろう管理 () k 褥創の処置
() l 膀胱カテーテルの管理 () m 喀痰吸引
() n その他()

6. 入所痴呆性高齢者の身体合併症が原因で入院が必要なことはありますか？

(a)ある(b)ない

7. そのような場合、入院を受け容れてくれる医療機関はありますか？

(a)ある(b)ない(c)自院

7-1「(a)ある」「(c)自院」と答えた方にお聞きしますが、高齢者一般において、入院が長引くほど廃用が進むことが予想されますが、在宅へ戻るための準備上の課題と、それへの対応がありましたらお書きください。

7-2「(a)ある」と答えた方にお聞きしますが、その医療機関の名前、連絡先を教えてくださいませんか(個別にその医療機関に連絡をとり、30～34の質問についてお尋ねする場合がありますが、支障なければ教えてください。なお医療機関名を公表する意図はありませんので、ご安心ください。)

8. 入所痴呆性高齢者で、身体合併症のために入院が必要な場合でも、受け容れ医療機関がなかったことにより、その死期が早まったと思われる例はありますか？

(a)ある(b)ない

9. 入所痴呆性高齢者の口腔内の問題が生じた時、連携できる専門機関(主に歯科)はありますか？

(a)ある(b)ない

9-1「(a)ある」と答えた方にお聞きしますが、入所痴呆性高齢者の口腔内の問題が生じた時に連携できる専門医療機関(主に歯科)はどのようなところですか？

(a)個人の歯科医院(歯科医師)

(b)歯科医師会

(c)病院の歯科および口腔外科

(d)その他()

9-2「(b)ない」と答えた方にお聞きしますが、入所痴呆性高齢者の口腔内に問題が生じた時の対応について、どのようにお考えですか？

(a)対応できる専門機関(主に歯科)があれば連携したい

(b)痴呆性高齢者に対する口腔内の対応は不可能

(c)口腔内の問題までは手が回らない

(d)口腔内の問題は家族(介護者)にまかせる

(e)その他()

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
鷺見幸彦	認知症の community care		Annual Review 神経 2006	中外医学 社			

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
鷺見幸彦, 服部英 幸, 三浦久幸	もの忘れ外来における 性差	性差と医療	3	45-48	2006
Nagaya M, Endo H, Kachi T, Abe Y, Ota T.	Recreational rehabilitation improved cognitive function in vascular dementia.	J Am Geriatr Soc	53	911-912	2005

1. 痴呆（認知症）の community care

国立長寿医療センター外来診療部部長，社会復帰支援室長 鷺見幸彦

key words dementia, community care, care model

動 向

最近数年の間に認知症のケアは個人から地域全体によるケアへと大きく変化しつつある。その背景には現在進行形で増加しつつある認知症患者が、今後爆発的に増加することが予測されること¹⁾、介護保険制度の開始により認知症介護に関する議論の高まりや啓発活動によって認知症は家族だけのケアから、社会全体で支え介護サービスを中心に第三者の力を借りるという方向へ考え方が変わってきていることがあげられる。このような状況下で医師の認知症への対応も変化を求められている。本稿では2006（平成18）年度から施行される新たな介護保険制度改革のなかで示されている、地域包括支援センターを拠点とする地域包括ケアシステムを念頭に置き、今後の認知症の地域ケアについて医療と福祉の連携、医師の果たすべき役割について述べる。

A. 認知症地域ケアの背景となる政策とその変遷

1989（平成元）年に策定され1990（平成2）年から施行された「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」いわゆるゴールドプランは主として高齢者の寝たきり予防という観点から公共サービスの基盤作り

がなされた。この政策は1994（平成6）年見直し（新ゴールドプラン）が行われ、基本理念として、1) 利用者本位・自立支援、2) 普遍主義、3) 総合的サービスの提供、4) 地域主義があげられ市町村を基本に住民に最も身近な地域において必要なサービスをきめ細かく行う体制づくりを行うことが理念として掲げられた。また施策の目標としてはじめて痴呆性老人対策の総合的実施があげられ、1) 知識の普及・啓発、相談・情報提供体制の整備、2) 発症予防、早期発見・早期対応、3) 痴呆性老人の治療・ケアの充実、4) 痴呆に関する治療法の確立・調査研究の推進、5) 痴呆性老人の権利擁護といった現在の痴呆対策の骨格が示された。さらに介護保険の開始をみすえて、1999（平成11）年に「今後5カ年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）」が策定された。ここでは基本的な目標として、1) 活力ある高齢者像の構築、2) 高齢者の尊厳の確保と自立支援、3) 支えあう地域社会の形成、4) 利用者から信頼される介護サービスの確立があげられ、具体的施策としては痴呆性高齢者支援対策の推進として、1) 痴呆に関する医学的研究の推進、2) グループホームの整備等介護サービスの充実、3) 痴呆介護の質的向上、4) 早期診断・診療体制の充実、5) 権利擁護体制の充実が示された。詳細については

文献²⁾に詳しい。2000(平成12)年4月から介護保険制度が施行された。この制度では本人が希望する場合に、自らが属する地域での生活が継続できるように、自立を支援する多様な在宅サービスを重視している。痴呆性高齢者の自立生活を地域で支えていくために家族や住民の痴呆に対する正しい知識・理解のもとに、見守り・支援体制を構築していくことが重要である。2004(平成16)年から「痴呆にやさしい地域づくりネットワーク形成事業」が予算化された³⁾。本間らは介護保険の導入により要介護認定者の約半数に認知症がみとめられたことから3つの問題点を指摘している⁴⁾。ひとつは痴呆がない寝たきりの高齢者の介護者よりも動ける痴呆患者の介護負担は増加している点⁵⁾。第2に痴呆症の7割は医学的な治療の対象になるにもかかわらず、受診して診断、治療が行われていないという事実、第3に成年後見制度が

機能していないことをあげている。これらの問題点を勘案しつつ、2006(平成18)年には新たな介護保険制度が始まる⁶⁾。その骨子は第一に給付の効率化・重点化であり、予防重視型システムへの転換と施設給付の見直しが図られる。第二は新たなサービス体系の確立であり地域密着型サービスの創設、居住系サービスの体系的な見直し、医療と介護の連携の推進がうたわれている。第三はサービスの質の確保と向上であり、ケアマネジメントの体系的見直し、地域包括支援センターの整備、情報開示の徹底と事後規制ルールの確立、専門性を重視した人材育成と資質の確保があげられている。地域包括支援センターを拠点とする地域包括ケアシステムのイメージ図(図1)はまさしく今後の認知症の地域ケアシステムを想定していると考えられる。

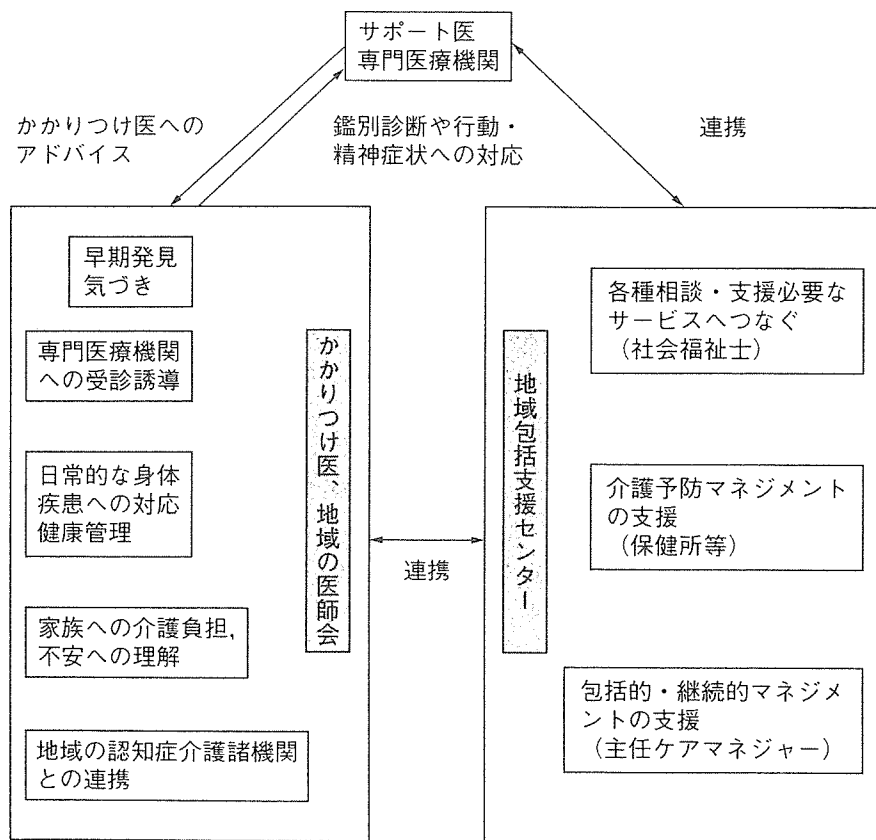


図1 かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制

B. 認知症地域ケアの代表的な構造様式

杉山らが川崎市で1980年代から行ってきたような先駆的な試みもあるが⁷⁾、前述のような政策の流れのなかで、多くは1990年代になってから各地で連携が構築され始めた。地域ケアといっても、東京や大阪といった大都市圏と、地域の中核都市や町のレベル、人口過疎の地域ではその地域ケアの形態や問題点が異なるのは当然と考えられる。ここでこれまでにわが国で試みられてきた代

表的な地域ケアの例を示す。

滋賀県ではすでに1990年代の初めから滋賀県立成人病センターが中心となり、ネットワーク作りを行ってきたが⁸⁾、2000年から2003年にかけて大津市において「痴呆性老人地域ケア整備事業」を立ち上げた。概要を表1に示すが、その内容は普及・啓発、医療体制整備、痴呆ケア体制整備、ケースカンファレンス、権利擁護体制整備に大別される。藤本はこの経験からいくつかの地域ケア構築のポイントを指摘している⁹⁾。第1はかかりつけ医の役割であり、受診しやすいことから認知症の窓口としての重要性が高いことを指摘した。この段階で年のせいや気のせいで片付けてしまうと専門医への受診は大きく遅れることになる。そのためには認知症の初期症状をよく理解して早期発見の窓口であるという自覚が必要になる。第2は専門医の役割、第3はかかりつけ医と専門医の連携、第4は認知症ケアの受け皿とその質の確保早期発見したが受けられるサービスが少ないと早期受診・診断の意味がなくなる。第5は啓発活動の重要性で認知症の早期発見・早期対応として何よりも重要であるとしている。この大津モデルは都市型の構造様式として意義が大きい。広島県尾

表1 滋賀県大津市の「痴呆性老人地域ケア整備事業」の概要（文献9より）

1. 痴呆ケアの普及・啓発
2. かかりつけ医による痴呆の早期発見・早期対応の体制整備
かかりつけ医・専門医療機関連絡制度の整備
3. 大津市医師会痴呆相談ダイヤルの開設
4. 訪問看護による痴呆の個別ケア
5. 病院における痴呆看護研修会
6. グループホーム・宅老所・生きがいデイサービスの実践講座と支援
7. デイサービス・デイケア職員への痴呆ケア研修
8. グループホームの痴呆ケア研修
9. ケースカンファレンスの実施
10. 権利擁護体制の整備

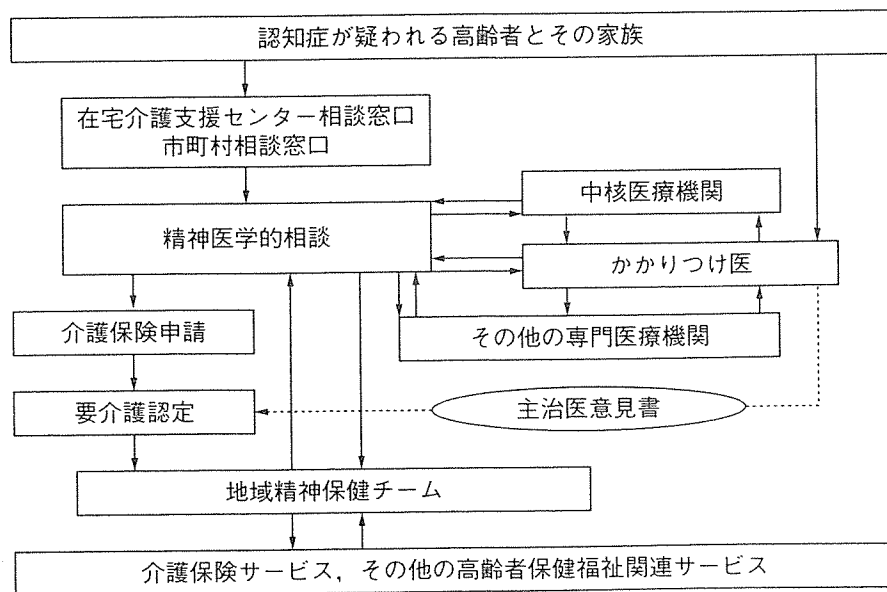


図2 宮城県で事業化された認知症高齢者早期診断・早期対応システム事業（文献13より）